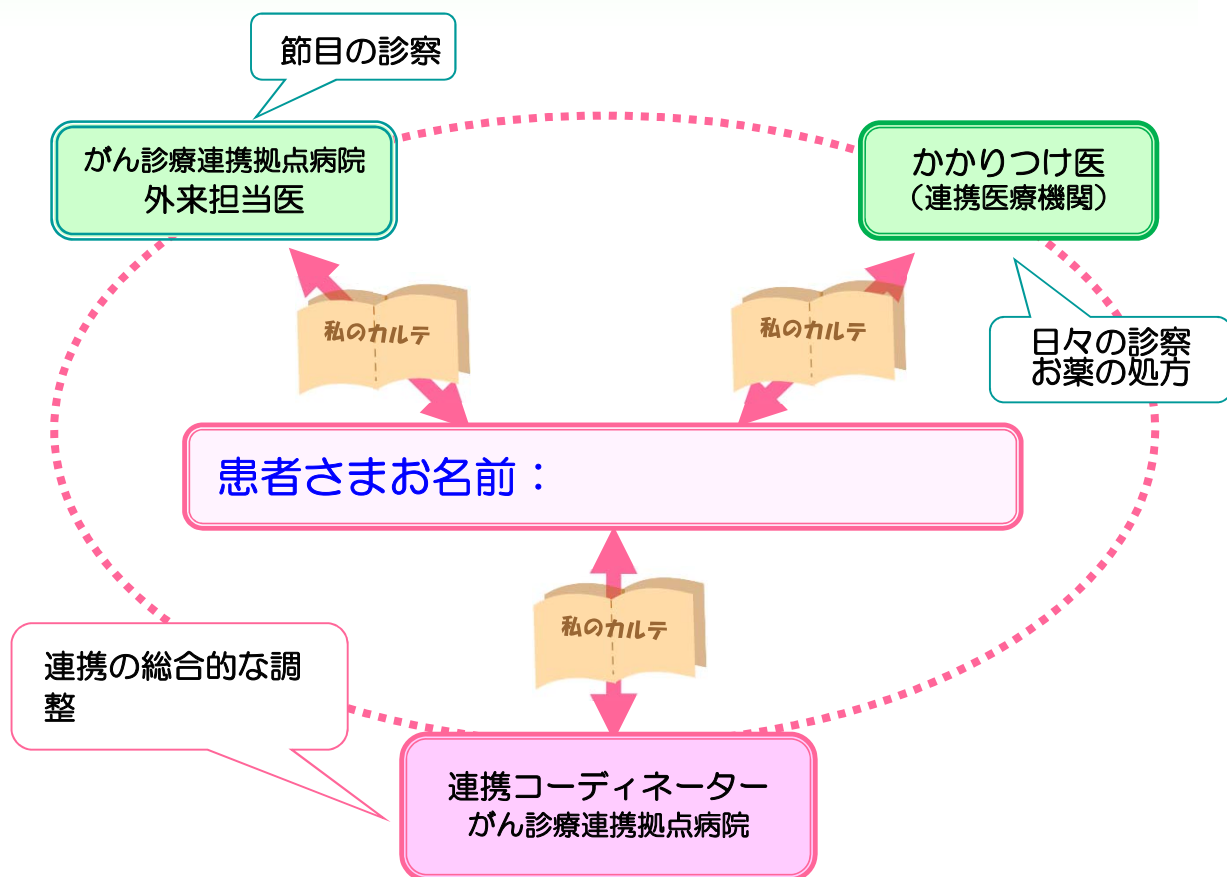


# 私のカルテ



## 「私のカルテ」について

「私のカルテ」とは、  
ご自分の身体の状態を2人の医師に知らせるために活用する、患者さまご自身にお持ちいただくカルテです。

がん診療連携拠点病院および、かかりつけ医を受診するときに持参して下さい。

私のカルテには

1. 「私のカルテ」について
2. 決定した連携先医療機関とがん診療連携拠点病院の連絡先
3. 地域連携クリティカルパスのご説明
4. わたしの診療情報
5. 通信欄
6. 質問メモ用紙
7. 患者さま用 共同診療計画表
8. おくすり手帳、薬説明の小冊子、薬剤情報提供書などが、綴じられています。

**【連携先医療機関（かかりつけ医）】**

病院名：

担当医師：

その他の担当者：

住所：

電話番号：

**【連携元病院（がん診療連携拠点病院）】**

病院名：旭川医科大学病院

診療科と担当医師：

住 所：旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

電話番号：（病院代表）0166-65-2111

：（夜間休日）0166-66-9901

：（がん相談支援センター）0166-69-3231

## 「地域連携クリティカルパスについて」

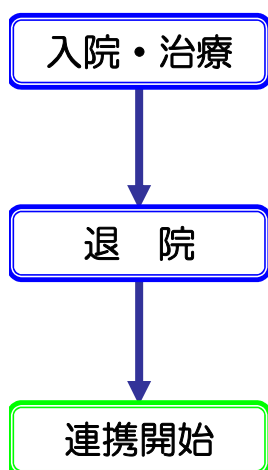
北海道内の「がん診療連携拠点病院」では、患者さまにわかりやすく安全で質の高い医療を目指して、地域の病院や診療所と協力して「地域連携クリティカルパス」を活用しています。

「地域連携クリティカルパス」（通称；連携パス）は、

- 患者さまに納得していただいたうえで
- 患者さまも含めて、医師・看護師・薬剤師等が共同で利用できる診療体制、スケジュールを記載した表です。

### 地域医療連携フローチャー

入院中に今後の医療連携についてご相談します



#### ●がん診療連携拠点病院の主治医：

地域連携クリティカルパスのシステムについてご説明し、連携先医療機関についてご相談させていただきます。

#### ●医療連携コーディネーター担当者：

患者様の状況やご希望、および連携先医療機関の意向を考慮したコーディネーターを行い、具体的な連携方法を決定します。

## わたしの診療情報

記載日 年 月 日

血液型 型 身長 cm 体重 kg

アレルギー歴 ( あり ・ なし )

既往歴

内服薬 (シール貼付も可。お薬手帳があれば記入はいりません。)



## 医師・看護師・薬剤師への質問メモ

次回受診時に質問したいことを、忘れないようにメモしていきましょう。

質問したいこと	医師・看護師・薬剤師などからのアドバイ
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日

## 医師・看護師・薬剤師への質問メモ

次回受診時に質問したいことを、忘れないようにメモしていきましょう。

質問したいこと	医師・看護師・薬剤師などからのアドバイ
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日
____年 ____月 ____日	____年 ____月 ____日



肺がん術後連携パス(1～6カ月)

お名前

当院：

かかりつけ医：

診療施設	当院	当院	かかりつけ医	当院	かかりつけ医	かかりつけ医	当院
受診日	／ 退院後初回診察	／ 1カ月目	／ 2カ月目	／ 3カ月目	／ 4カ月目	／ 5カ月目	／ 6カ月目
達成目標	・術後合併症がない ・今後の通院計画を理解する		・不安なく生活できる	・再発がない	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤							
検査	<input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 ＊有意な腫瘍マーカー( )	<input type="checkbox"/> 胸部X線写真	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません						
食欲低下		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
易疲労感		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 今後の通院計画の説明	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の相談

肺がん術後連携パス(7~12ヵ月)

当院：

お名前

かかりつけ医：

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	当院
受診日	/ 7ヵ月目	/ 8ヵ月目	/ 9ヵ月目	/ 10ヵ月目	/ 11ヵ月目	/ 12ヵ月目
達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤						
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査 *有意な腫瘍マーカー( )	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません					
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
易疲労感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談

肺がん術後連携パス(2年目)

当院：

お名前

かかりつけ医：

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	当院	かかりつけ医	かかりつけ医	当院
受診日	／ 14ヵ月目	／ 16ヵ月目	／ 18ヵ月目	／ 20ヵ月目	／ 22ヵ月目	／ 24ヵ月目
達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤						
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません					
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
易疲労感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談

肺がん術後連携パス(3年目)

当院：

お名前

かかりつけ医：

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	当院	かかりつけ医	かかりつけ医	当院
受診日	/ 26ヵ月目	/ 28ヵ月目	/ 30ヵ月目	/ 32ヵ月目	/ 34ヵ月目	/ 36ヵ月目
達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤						
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません					
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
易疲労感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談

肺がん術後連携パス(4年目)

当院：

お名前

かかりつけ医：

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	当院	かかりつけ医	かかりつけ医	当院
受診日	／ 38ヵ月目	／ 40ヵ月目	／ 42ヵ月目	／ 44ヵ月目	／ 46ヵ月目	／ 48ヵ月目
達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤						
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません					
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
易疲労感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談

肺がん術後連携パス(5年目)

当院：

お名前

かかりつけ医：

診療施設	かかりつけ医	かかりつけ医	当院	かかりつけ医	かかりつけ医	当院
受診日	／ 50ヵ月目	／ 52ヵ月目	／ 54ヵ月目	／ 56ヵ月目	／ 58ヵ月目	／ 60ヵ月目
達成目標	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない	・不安なく生活できる	・不安なく生活できる	・再発がない
治療・薬剤						
検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	(必要に応じて) <input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 胸部CTscan <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ( )
活動・安静度	制限ありません					
食欲低下	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
易疲労感	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
患者様及びご家族への説明 服薬指導 連絡事項 (余白記載)	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 日常生活における 問題点の確認と相談	<input type="checkbox"/> 今後の定期検診の 相談



